

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gilberte LÉVY

Anc. Interne de Saint-Lazare

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à PARIS, le 3 Novembre 1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RETENTIONS PLACENTAIRES

Président : M. le Professeur JEANNIN

PARIS

ÉDITIONS « SCIENCES ET THÉRAPEUTIQUE »

53, rue Réaumur, 53

—
1933



Gilberte LÉVY

Anc. Interne de Saint-Lazare

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à PARIS, le 3 Novembre 1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTENTIONS PLACENTAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gilberte LÉVY

Anc. Interne de Saint-Lazare

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à PARIS, le 3 Novembre 1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTENTIONS PLACENTAIRES

Président : M. le Professeur JEANNIN

PARIS

ÉDITIONS « SCIENCES ET THÉRAPEUTIQUE »

53, rue Réaumur, 53

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen..... M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie....	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LÉNORMANT.
	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	HENRI BÉNARD.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie.....	CHAILEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ÉCALLE.
Urologie.....	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie.....	GIROUD.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	HENRI LABBÉ.
Pathologie médicale.....	GUY LAROCHE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHER.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie expérimentale et comparée.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DEBRÉ.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LÉVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUÉNIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de

Ma Mère

Mon Père, le Docteur GEORGES LÉVY

Mon Oncle, le GÉNÉRAL GEISMAR

Aux Miens et à mes Amis

Au Docteur MICHEL NOURY
de l'Institut Pasteur de Casablanca

En témoignage de mon affection.

Au Docteur PIERRE OURY
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

*Dont l'amitié et les bons conseils
m'ont été si précieux.*

A M. le Professeur C. JEANNIN

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur à la Pitié

*Que je remercie de m'avoir
accueillie dans son service et
d'avoir bien voulu inspirer et
présider cette thèse.*

Au Docteur EDOUARD CHOMÉ

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

*Qui, au cours de ce travail, m'a
guidée par ses conseils et à
qui j'exprime ici toute ma
gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur SERGENT

M. le Docteur BENSAUDE

Externe :

M. le Professeur LEJARS

M. le Docteur RAVAUT

M. le Docteur PAISSEAU

M. le Professeur NOEL FIESSINGER

M. le Docteur LEIBOVICI

M. le Professeur JEANNIN

Interne de Saint-Lazare :

M. le Docteur MARCEL SÉE. — *En témoignage de
ma reconnaissance et de mon attachement.*

A MES AUTRES MAITRES DE SAINT-LAZARE

MM. les Docteurs BIZARD

EMERY

FERNET

LACAPÈRE

LÉVY-BING

CLÉMENT-SIMON

A MES MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE
ET DE MÉDECINE COLONIALE

M. le Professeur L. TANON
Professeur d'Hygiène à la Faculté

*Que je remercie de la bienveil-
lance qu'il m'a si souvent
manifestée.*

M. le Professeur BRUMPT
Professeur de Parasitologie à la Faculté

A M. le Professeur agrégé PIERRE BROCC
A MM. les Docteurs CAIN, MARCEL FERRAND,
MERGER, DUREL

Introduction

Nous allons traiter ici la question des rétentions placentaires. Elles constituent un gros point de pratique obstétricale. Dans le service de M. le Professeur JEANNIN, nous avons eu l'occasion d'en voir un certain nombre de cas, d'en étudier les modalités cliniques, les accidents qui en découlent, et nous avons surtout pu nous rendre compte de l'efficacité du traitement en usage dans le service.

Nous étudierons spécialement ce point de vue thérapeutique; il nous semble digne d'être considéré à nouveau, car, actuellement, les accoucheurs les plus en vue ont les opinions les plus opposées.

Il ne nous est pas possible d'exposer cette thérapeutique sans tenir compte de certaines données d'anatomie pathologique, du mécanisme de ces rétentions placentaires et de leurs formes cliniques; aussi, débiterons-nous par un bref rappel de l'anatomie pathologique, par l'étude plus détaillée de l'étiologie, par l'aspect clinique que prennent ces rétentions et, enfin, par les diagnostics qu'elles posent.

CHAPITRE I^{er}

Anatomie pathologique

Les rétentions ovulaires comprennent les rétentions de membranes et les rétentions de cotylédons. Avant d'aborder la question des rétentions placentaires, nous dirons quelques mots des

Rétentions de membranes. — Elles sont en dehors de notre sujet, mais nous voulons signaler quelques-unes de leurs particularités.

Il existe des rétentions totales de membranes : le placenta sort alors découronné; des rétentions partielles : il manque un lambeau plus ou moins étendu du sac membraneux.

Cette rétention peut porter sur les trois membranes, mais le plus souvent la caduque seule est retenue dans la cavité utérine.

Nous ne reviendrons plus sur les rétentions de membranes au cours de notre travail, car elles s'éliminent en général spontanément dans les suites de couches.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE DES RETENTIONS DE COTYLEDONS

Elles comprennent les rétentions totales et les rétentions partielles.

Rétentions partielles.

1^o EXAMEN DU PLACENTA. — Les rétentions partielles peuvent se présenter sous plusieurs aspects :

a) La partie superficielle d'un ou de plusieurs cotylédons est restée adhérente à l'utérus, et le placenta, à leur niveau, a perdu son aspect vernissé et lisse;

b) Un cotylédon est retenu en entier; il existe une solution de continuité dans le placenta;

c) Un cotylédon accessoire succenturié seul est retenu dans la cavité utérine. Au niveau de son insertion sur les membranes, on note une zone dépolie;

d) Un cotylédon plus ou moins distant de la masse principale est retenu. En regardant les membranes par transparence, on voit les vaisseaux du cotylédon resté dans l'utérus qui partent du placenta et se terminent à la déchirure des membranes.

2° EXAMEN DE L'UTÉRUS. — Celui-ci est augmenté de volume, sa coloration modifiée, il est pâle, comme lavé, il est mou, friable. Dans certains cas, on a pu noter des abcès, une infiltration des ligaments larges.

A la coupe, la paroi est amincie, friable, parfois on note un thrombus des veines. La cavité utérine montre la présence, soit de débris, soit d'un ou de plusieurs cotylédons. Ces cotylédons sont plus ou moins adhérents. On a décrit trois degrés d'adhérence :

1° Les adhérences légères;

2° Les adhérences plus importantes : le décollement ne se fait qu'artificiellement, mais sans grande difficulté;

3° Les adhérences complètes avec fusion intime des tissus placentaire et utérin sans que la main arrive à les décoller.

Ces cotylédons adhérents sont en nombre variable et leur répartition dans la cavité utérine se fait sans aucune systématisation apparente; il n'y a pas de lieu d'élection. Parfois adhérence totale du placenta.

Ces cotylédons retenus sont souvent recouverts de caillots intimement accolés. On a décrit des cas où les débris ovulaires minimes donnent à la muqueuse l'aspect de végétations bourgeonnantes.

La muqueuse utérine environnante est pâle.

L'area placentaire, en dehors du cotylédon, présente des sinus thrombosés plus ou moins nets, suivant le temps écoulé depuis l'accouchement. Quelquefois, on voit des plaques sphacéliques dont la chute peut amener l'ouverture de gros vaisseaux et même dans un cas décrit par M. JEANNIN, de l'utérine.

M. DIGONNET a montré que la coupe peut présenter une zone centrale rose clair, entourée d'une partie périphérique ayant l'aspect de caillots anciens, ou encore une zone large rosée juxta utérine qui est le tissu placentaire avec des couches concentriques alternées de tissu rose pâle et de caillots.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Nous allons décrire maintenant l'aspect microscopique de ces rétentions de cotylédon, empruntant pour cela la description de M. VERNE, dans la thèse de M. DIGONNET.

« a) La coupe montre, au niveau des fragments restés en place :

PLACENTA, dans l'ensemble, à un faible grossissement, les villosités paraissent normales. Elles sont bien colorables. Leur revêtement superficiel est réduit à la couche syncytiale qui, par place, montre cependant des bourgeons pleins végétant assez activement.

L'axe conjonctif de quelques villosités paraît dépourvu de vaisseaux.

D'une manière générale, les vaisseaux sanguins des villosités, le tissu conjonctif contiennent des boules dont la taille varie de celle d'un globule rouge jusqu'à deux et trois.

Ces boules basophiles sont peut-être liées à un processus de désintégration cellulaire.

PAROI UTÉRINE offre à étudier :

- 1° Une caduque déciduale;
- 2° Une zone conjonctivo-vasculaire;
- 3° Une couche musculaire.

1° La caduque est recouverte d'un dépôt de fibrine qui correspond à la fibrine canalisée de LANGHANS; mais on retrouve des strates fibrineuses à son intérieur même, dissociant par place les cellules géantes.

La couche spongieuse est à peine reconnaissable. Les restes des culs-de-sac glandulaires sont envahis par les leucocytes.

2° Au-dessous de la caduque, existe une région tourmentée qui représente de nombreux vaisseaux thrombosés; elle correspond à la couche musculaire la plus superficielle (*stratum submucosum*). Le tissu conjonctif y est très développé. Ses mailles sont complètement infiltrées de leucocytes qui dissocient les fibres lisses.

Les leucocytes sont représentés par des lymphocytes, mais on observe aussi quelques polynucléaires. Les vaisseaux thrombosés sont des veines. Les volumineux caillots qui distendent leur lumière sont en pleine organisation.

On observe déjà d'abondants dépôts de pigments ocres.

3° Dans l'épaisse couche musculaire sous-jacente, on retrouve de larges sinus thrombosés; les fibres musculaires sont en voie de régression; leur cytoplasme a un aspect homogène hyalin et une coloration acidophile.

Le tissu conjonctif qui les entoure présente une réaction inflammatoire assez marquée (mobilisation des fibroblastes, apparition de polyblastes).

La recherche des microbes sur coupes s'est montrée négative.

b) Examen au niveau de l'aire placentaire :

Les culs-de-sac glandulaires sont ici plus facilement reconnaissables. L'épithélium, d'aspect cubique, est envahi par des leucocytes. Il ne recouvre pas la surface du chorion utérin. Ce chorion est mince et infiltré de leucocytes. Les sinus du myomètre sont thrombosés. Autour d'eux, existent des foyers étendus d'infiltration leucocytaire.

Le muscle proprement dit présente le même aspect que dans la zone précédente.

c) Examen histologique en dehors de l'aire placentaire :

1° Muqueuse en état de reconstitution avancée : l'épithélium prismatique dans les culs-de-sac glandulaires devient bas à la surface. Il s'étale en nappe au-dessus du chorion sous forme d'éléments cubiques. Les cils n'existent qu'au fond des culs-de-sac.

Le chorion est constitué d'éléments conjonctifs jeunes.

On note, surtout dans la partie profonde, l'existence d'une infiltration leucocytaire assez marquée.

2° Couche musculaire : les vaisseaux ne sont pas thrombosés. »

CHAPITRE II

Mécanisme

Si à l'heure actuelle le mécanisme des rétentions placentaires est bien établi, il n'en a pas toujours été ainsi.

On a d'abord invoqué, comme causes de ces rétentions, le tempérament atrabilaire (PORTAL, 1685), puis la transformation squirrheuse du placenta (MAURICEAU, *Traité des Maladies des Femmes*, 1721). BRACHET, de Lyon, dans son *Mémoire sur la Placentite*, invoquait une origine infectieuse et assimilait cette infection à une pneumonie de l'adulte.

LEVRET, d'autre part, prétendait que si le placenta était retenu « c'est qu'il s'était inséré en dehors de sa zone normale, et que la formation d'adhérences secondaires le fixait dans sa position ».

Cette question des adhérences entre le placenta et l'utérus a été longtemps soulevée, et MORDRET, en 1854, publiait d'ailleurs un ouvrage intitulé : *Recherches sur les adhérences morbides et anormales du placenta*, et, pour cet auteur, les adhérences étaient déterminées par des hémorragies placentaires ou interutéro-placentaires.

Il faut arriver à GUÉNIOT, en 1874, pour que le véritable mécanisme soit à peu près élucidé et pour invoquer pour la première fois un trouble de la contraction physiologique de l'utérus; pour lui, l'« adhérence exagérée du placenta serait une anomalie due à l'absence d'un travail naturel de désunion, bien plutôt qu'à un travail pathologique de soudure ».

Aujourd'hui, à côté des adhérences, les causes principales des rétentions placentaires sont les anomalies de la contraction utérine.

Les adhérences anormales du placenta sont relativement rares.

Elles sont dues, soit à une inflammation utéro-placentaire; celle-ci étant souvent la conséquence d'une endométrite, il se

produit peu à peu un tissu fibreux qui unit intimement placenta et utérus; soit déjà plus rarement à une hémorragie utéro-placentaire; enfin, tout à fait exceptionnellement, à une atrophie de la caduque; celle-ci peut même manquer, et dans ce cas les villosités s'insèrent directement sur le muscle utérin. Enfin, il pourrait y avoir formation d'un tissu néoplasique au sein du tissu conjonctif de la caduque par dégénérescence fibro-graisseuse ou myxomateuse des villosités.

Tel est le mécanisme qui préside à la formation des adhérences.

Etudions maintenant les anomalies de la contraction utérine, ce sont elles qui vont être la principale cause des rétentions placentaires.

Anomalies de la contraction utérine. — Pratiquement, trois cas se présentent, suivant que les contractions sont :

Insuffisantes ;

Exagérées ;

Viciées.

CONTRACTIONS INSUFFISANTES. — Ces contractions insuffisantes sont primitives ou secondaires.

Primitives, elles peuvent exister sans cause apparente ou, au contraire, être déterminées par la présence d'un gros œuf, et c'est en particulier le cas des grossesses gémellaires dans lequel l'utérus est surdistendu.

Secondaires, c'est l'inertie que l'on voit survenir après l'anesthésie chloroformique, sans que la dose d'anesthésique ait été forcément trop importante.

CONTRACTIONS UTÉRINES EXAGÉRÉES. — A l'opposé, la rétention placentaire peut être déterminée par des contractions exagérées créant un véritable état de tétanisation de l'utérus, entraînant sa rétraction sur le placenta.

Ces contractions exagérées sont rarement spontanées. Elles sont pratiquement le fait d'une erreur thérapeutique et l'administration intempestive, ou à trop forte dose d'hypophyse, en est une des causes les plus fréquentes.

CONTRACTIONS VICIÉES. — A côté de ces deux variétés d'anomalies des contractions utérines, il en existe d'autres : ce sont les *contractions partielles*, pratiquement dues à un massage de l'utérus après l'expulsion du fœtus. Ces contractions partielles entraînent des décollements limités du placenta et favorisent grandement la rétention, en particulier au niveau des angles utérins.

De même, au cours des manœuvres de forces auxquelles on est parfois obligé de recourir (manœuvre de Crédé), la contraction utérine est troublée, localisée par la pression à un segment de l'utérus. Elle entraîne le décollement partiel du placenta.

De tout ceci, ce qu'il faut retenir c'est que l'inertie primitive de l'utérus est rare, et que si la rétention se produit, elle est due souvent à la thérapeutique mise en œuvre.

Envisageons rapidement d'autres causes plus accessoires et citons la friabilité de certains placentas; la syphilis entraîne des modifications de consistance du placenta, qui facilite les rétentions partielles.

Telles sont les causes de la rétention placentaire qui a elle-même deux conséquences :

L'hémorragie;
L'infection.

Nous allons étudier leur mécanisme, suivant leur date d'apparition.

CONSÉQUENCES IMMÉDIATES. — Comme conséquence immédiate va se produire l'hémorragie.

Le décollement du placenta s'effectue au niveau de la caduque interutéro-placentaire. La partie superficielle de celle-ci se

détache de la partie profonde et tombe avec le chorion, tandis que la partie profonde reste adhérente au muscle utérin.

La rupture des liens entre le placenta et l'utérus entraîne l'ouverture de nombreux vaisseaux utéro-placentaires et, en particulier, celle du sinus circulaire, d'où l'apparition d'une hémorragie. Normalement, c'est la rétraction utérine qui va arrêter cette hémorragie. En effet, elle réalise l'hémostase par la formation de « véritables ligatures vivantes ». Or, au cours de la rétention placentaire, il se produit une hémorragie légère inter-utéro-placentaire avec formation de caillots adhérents. L'utérus n'étant pas vide, il ne peut se contracter de façon totale et former ainsi ses ligatures vivantes.

COMPLICATIONS TARDIVES. — Ce sont avant tout l'infection et les hémorragies des suites de couches; mais il faut y ajouter les tumeurs placentaires.

L'infection. — L'envahissement de la cavité utérine par les germes saprophytes ou pathogènes du vagin est un phénomène constant après l'accouchement. L'envahissement de l'utérus, qui n'a aucune conséquence sérieuse s'il est vide, prend toute son importance en cas de rétention intra-utérine, parce que les germes en question, en particulier le streptocoque, y acquièrent une exaltation de leur virulence.

On peut distinguer deux grandes variétés d'infection, selon qu'elle est localisée ou généralisée.

Localisée, c'est surtout l'infection veineuse qui doit retenir l'attention; l'on sait, en effet, la fréquence et la gravité de l'infection phlébitique.

Généralisée, elle réalise alors les formes bien connues de septicémie puerpérale.

Voyons maintenant les :

Hémorragies des suites de couches. — Elles surviennent en général vers le dixième jour, au moment où le cotylédon

commence à se détacher, déchirant ainsi les sinus utérins. Ceux-ci ne peuvent se rétracter et réaliser l'hémostase tant que le décollement n'est pas complet et, par un mécanisme analogue à celui que nous avons déjà décrit, l'hémorragie se produit. Cette hémorragie ne cesse que lorsque le décollement s'est complété.

Tumeurs placentaires. — Enfin, plus tardivement, on peut assister à des transformations des débris retenus dans la cavité utérine, donnant lieu à un polype placentaire, à un déciduome bénin ou malin.

Polype placentaire. — Tantôt *polypes fibrineux placentaires* dus à une sclérose des villosités choriales; le cotylédon s'entoure peu à peu d'un coagulum fibrineux plus ou moins abondant, réalisant ainsi une tumeur rougeâtre de consistance molle, souvent pédiculée.

Tantôt, au contraire, déciduome bénin dû à une hypertrophie des villosités choriales sans dégénérescence maligne.

Quant au :

Déciduome malin, c'est une prolifération de l'épithélium de revêtement des villosités; il a l'aspect d'une masse molle, arrondie, grisâtre, avec de nombreux foyers hémorragiques.

CHAPITRE III

Étude Clinique

Il est extrêmement difficile d'individualiser un tableau clinique univoque qui traduise la rétention placentaire, car celle-ci va se manifester sous des aspects différents, suivant qu'elle se démasque tout de suite après l'accouchement par une hémorragie, secondairement par un syndrome infectieux, une hémorragie, l'expulsion spontanée et asymptomatique d'un cotylédon ou, au contraire, très tardivement, par le développement d'une tumeur placentaire.

C'est dans cet ordre chronologique que nous étudierons les formes cliniques de la rétention placentaire.

La première manifestation clinique et en même temps la seule caractéristique de la rétention de cotylédon, c'est l'hémorragie de la délivrance.

Tantôt il s'agit d'une hémorragie qui succède immédiatement à l'expulsion du fœtus; hémorragie qui augmente encore d'intensité après la délivrance et amène à pratiquer l'examen soigneux du placenta, afin de vérifier son intégrité.

Tantôt la délivrance tarde à se produire, la femme saigne; on a été conduit à pratiquer des manœuvres de force; après l'extraction du placenta, l'hémorragie continue, et à l'examen du placenta il n'est pas rare de voir qu'il manque un cotylédon.

Ces hémorragies immédiates sont très importantes à connaître. Elles sont parfois d'une abondance telle, qu'anémiant la femme en quelques minutes, elles peuvent mettre sa vie en danger. C'est pourquoi leur traitement est un traitement d'urgence; la revision utérine immédiate sous anesthésie générale.

Manifestations secondaires de la rétention placentaire. — Si l'hémorragie de la délivrance conduit tout de suite à penser à la rétention placentaire et à intervenir pour la faire cesser, les

manifestations que l'on rencontre dans les quelques jours qui suivent l'accouchement et où la rétention placentaire est encore en jeu, sont d'interprétation souvent plus difficiles. Avec quelle symptomatologie, en effet, cette rétention va-t-elle se manifester ?

Vers le troisième jour des suites de couches, on note une ascension de la température qui s'inscrit sur la courbe par paliers successifs, en même temps le pouls est rapide, le faciès pâle. Localement, les lochies sont plus abondantes que normalement, elles sont légèrement fétides et sanglantes; parfois il s'agit de véritables hémorragies dont nous reparlerons aux formes compliquées.

La *palpation* de l'abdomen ne montre pas toujours des symptômes bien caractéristiques, car si on peut trouver un « utérus gros remontant jusqu'à l'ombilic, parce que bourré de caillots », parfois, au contraire, « son volume n'a rien d'excessif, et il semble avoir subi une involution normale. Cet utérus peut être douloureux, surtout au niveau de ses cornes; dans certains cas, on peut sentir, par le toucher bimanuel, un « empâtement latéral lié à une réaction inflammatoire du côté des annexes ou du tissu cellulaire », mais ceci correspond déjà à une forme compliquée.

Le *toucher* permet de noter une béance du col qui, selon l'expression classique, « appelle le doigt de l'accoucheur ». On ne saurait, en effet, trop recommander de faire un toucher intra-utérin « qu'il est toujours obligatoire de pratiquer et qui permet de reconnaître la présence d'un cotylédon inséré au niveau de l'area placentaire. Cependant, par le toucher, on ne tombe pas toujours sur un col béant, et il n'est pas rare de le trouver complètement fermé, tout au moins au début; sa béance ne s'effectue qu'à mesure que le cotylédon, décollé par les contractions utérines, tendra à s'y engager.

L'évolution de cette affection va dépendre essentiellement des deux facteurs suivants :

- L'hémorragie;
- L'infection.

Une ou plusieurs hémorragies brutales (déclenchées par le décollement du cotylédon) pourraient, si l'on n'intervenait pas, entraîner la mort de la femme.

Des hémorragies légères et répétées durant des semaines entraînent une anémie grave que seul un curettage fera cesser.

Si les symptômes infectieux, au contraire, dominent l'évolution, le tableau de la septicémie puerpérale se trouve réalisé.

Il faut insister sur l'anémie qui s'ajoute à ce tableau, donnant un faciès ictérique très caractéristique et dont on ne saurait méconnaître la gravité.

CHAPITRE IV

Formes Cliniques

Nous n'insisterons pas sur la FORME HÉMORRAGIQUE AVEC FIÈVRE, qui est celle que nous avons prise pour type de description, et dont nous avons exposé les différents modes d'évolution.

La FORME SILENCIEUSE, sans aucune gravité, où le diagnostic n'est fait que rétrospectivement, a la courbe de température en plateau à 37°. Une femme expulse, dans les suites de couches, un cotylédon sans que rien n'ait pu faire soupçonner cette éventualité.

La FORME AVEC HÉMORRAGIE APYRÉTIQUE, les pertes de sang résument tout le tableau clinique; ces formes peuvent donner lieu à des hémorragies à début brusque, si abondantes, des rétentions totales. Elles surviennent souvent au deuxième jour après l'accouchement. Elles entraînaient autrefois la mort de la femme en quelques minutes par anémie intense et brutale. Nous ne reviendrons plus sur la thérapeutique de ces formes, nous savons qu'elles exigent un traitement d'urgence : la délivrance artificielle immédiate; en cas d'impossibilité, on peut être amené à pratiquer une hystérectomie d'urgence.

FORME AVEC PHLÉBITE. — La rétention d'un fragment placentaire donne lieu à une infection qui peut être atténuée et ne se traduise que par une phlébite des veines pelviennes ou surtout par le classique tableau de la *phlegmatia alba dolens*, et cette rétention est la cause la plus fréquente des phlébites des accouchées.

L'ENDOMÉTRITE HÉMORRAGIQUE se traduit par des pertes sanglantes répétées qui obligent le médecin à intervenir.

LES ENDOMÉTRITES PUTRIDES DU POST-PARTUM sont décrites par M. CHOMÉ, dans une leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Il s'agit de femmes qui ont des lochies fétides et abondantes; un utérus gros et mou, dont le col est largement béant; sur la muqueuse utérine, on sent des saillies, ce sont les débris de cotylédons retenus. L'évolution est grave, rapidement la femme présente des accidents d'anémie grave, du subictère, une température élevée, un pouls extrêmement rapide dissocié d'avec la température, souvent des frissons répétés; il n'est pas rare de voir survenir, en fin d'évolution, des phlébites utéro-pelviennes.

POLYPES PLACENTAIRES. — La présence d'un polype placentaire se traduit par de petites hémorragies répétées, survenant et durant des mois après l'accouchement et amenant un état d'anémie grave. Parfois, le polype peut se sphacéler, donnant lieu alors à des accidents infectieux.

DÉCIDUOME MALIN. — La dégénérescence des débris placentaires peut entraîner le développement d'une tumeur maligne. Celle-ci se manifeste cliniquement par des métrorragies profuses et amène la cachexie de la femme en quelques mois.

Si l'on n'opère pas rapidement, la mort survient, souvent après la généralisation du cancer et il nous faut signaler la fréquence des métastases au niveau du poumon, du foie et des reins.

Le diagnostic est extrêmement difficile, c'est dire tout l'intérêt de la biopsie dans ces cas.

FORMES ANATOMIQUES. — Enfin, il nous faut faire une place aux formes anatomiques, formes cliniques plus accessoires, car le pronostic ne dépend pas de l'abondance de la rétention de cotylédons, mais des germes qui ont pu s'introduire dans l'utérus.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic des rétentions de cotylédons est parfois extrêmement difficile à poser. Il importe pourtant de le porter aussi précocement que possible, car il implique un traitement d'urgence : la revision utérine, qui permet d'éviter l'apparition de l'infection et de l'hémorragie des suites de couches dont on sait toute la gravité.

Le diagnostic se fait dans deux circonstances différentes :

1° D'après l'examen du placenta;

2° D'après les symptômes que présente la malade :

Hémorragie;

Infection.

1° EXAMEN DU PLACENTA. — Cet examen du placenta se fait de la manière suivante : On retourne le sac membraneux, après avoir vérifié s'il est intact ou déchiré, de façon à mettre en évidence la face utérine de l'organe. On le pose à plat. Normalement, il a un aspect vernissé; si le placenta a perdu cet aspect vernissé à un certain niveau, il faut se méfier d'une rétention de débris de cotylédon. Puis on vérifie avec soin le bord du placenta pour s'assurer qu'il ne manque aucun cotylédon marginal ou accessoire. Enfin, on recherche attentivement au niveau de la masse placentaire une solution de continuité indiquant qu'un cotylédon est resté dans l'utérus. Si on constate que le placenta n'a pas été expulsé en totalité, on pratique, bien entendu, une revision utérine immédiate. Mais il faut bien savoir qu'un cotylédon accessoire peut échapper à l'œil le mieux averti, malgré qu'une recherche attentive d'un pédicule vasculaire anormal ait été négative.

Il nous faut enfin signaler des techniques modernes qui ont été préconisées pour permettre de reconnaître l'absence d'un cotylédon. Nous voulons parler de l'injection de lait dans la veine ombilicale, de l'injection d'air après immersion dans cette même veine.

Si cet examen du délivre a une grosse valeur, il peut être en défaut, on ne saurait faire le diagnostic de rétention placentaire uniquement par cette investigation.

Nous allons maintenant étudier les signes de présomption et de certitude qui permettent de soupçonner ou d'assurer le diagnostic. Ils sont bien différents suivant que l'on se trouve en présence d'une malade qui vient d'accoucher ou, au contraire, durant les suites de couches.

En effet, le DIAGNOSTIC IMMÉDIAT se pose toujours en présence de signes d'hémorragies, car on sait que toute hémorragie après la délivrance est suspecte de rétention. Il existe cependant des hémorragies par inertie utérine, des hémorragies dues à des déchirures du col. Le diagnostic clinique par l'inspection et la palpation est impossible, c'est pourquoi il est de règle, en présence de toute hémorragie de la délivrance, de mettre, avec les précautions d'asepsie nécessaires, le doigt dans l'utérus pour s'assurer de sa vacuité.

DIAGNOSTIC DANS LES SUITES DE COUCHES. — Dans les jours qui suivent l'accouchement, le diagnostic se pose différemment, selon que la femme présente des signes d'infection ou des signes d'hémorragie. Dans les suites de couches, une température qui monte par échelons, une femme pâle sans que la pâleur soit expliquée par une perte de sang, des lochies abondantes et sanglantes, doivent faire penser à une rétention placentaire. En dehors du toucher intra-utérin, la courbe thermique est le meilleur élément de diagnostic avec les septicémies puerpérales.

Dans d'autres cas, le diagnostic se pose en présence d'une hémorragie des suites de couches, hémorragie due à des débris de caduque ou de cotylédons. Le seul signe de certitude est le toucher intra-utérin.

Le diagnostic peut être, dans ces circonstances, extrêmement difficile avec certaines hémorragies par inertie de la délivrance et surtout avec les formes hémorragiques de l'infection puerpérale étudiés par M. COUVELAIRE et ses élèves. Dans cette forme, l'hémorragie est le symptôme initial et la principale manifestation. Elle survient le plus souvent vers le dixième jour. C'est une hémorragie abondante, parfois d'emblée grave s'accompagnant d'une brusque élévation de température. Le pouls est très accéléré. En réalité, l'utérus est vide; à l'examen, il semble légèrement ramolli, le col est complètement fermé. Si l'on n'intervient pas, la malade va mourir, soit par anémie intense due aux hémorragies répétées, soit par les progrès de l'infection qui se généralise. Le traitement des formes hémorragiques de septicémie puerpérale est l'hystérectomie, suivie de transfusions répétées de petites quantités de sang.

Le DIAGNOSTIC TARDIF est extrêmement difficile. Il s'agit le plus souvent d'une malade ayant eu un ou plusieurs accouchements, et qui vient consulter tantôt pour des hémorragies, tantôt pour une augmentation de volume de l'utérus, et le diagnostic se pose avec celui des tumeurs utérines. Bien souvent, seul, l'examen anatomo-pathologique permet de ramener la tumeur à son origine et de savoir si l'on se trouve en présence d'un polype placentaire, tumeur bénigne, ou, au contraire, d'un déciduome malin dont on sait toute la gravité.

PRONOSTIC

Le pronostic des rétentions placentaires dépend, nous l'avons vu, des complications : hémorragie, infection.

L'infection, pronostic très grave; c'est celui des septicémies puerpérales.

L'hémorragie, pronostic beaucoup moins réservé; rares sont les cas de mort par répétition de l'hémorragie; le plus souvent la thérapeutique peut en enrayer l'évolution.

CHAPITRE VI

Traitement

Avant de discuter la conduite à tenir dans les différents cas qui se présentent, il nous paraît utile de rappeler la technique à employer pour pratiquer une délivrance normale.

CONDUITE A TENIR AU COURS DE LA DÉLIVRANCE NORMALE. — Nous savons que pratiquement nous ne devons pas attendre que la délivrance se produise spontanément, mais intervenir lorsque le placenta est dans le vagin.

Le décollement du placenta, premier temps de la délivrance, le seul qui nous intéresse, doit, à moins d'urgence spéciale, s'effectuer sous l'influence des seules contractions utérines. « Toute intervention est alors non seulement inutile, mais encore nuisible, car elle expose à une délivrance incomplète, c'est-à-dire aux hémorragies et à l'infection puerpérale. »

La première règle de conduite est de savoir attendre.

Une demi-heure après l'accouchement, on examine la femme pour reconnaître si la délivrance s'effectue et à quel temps elle se trouve.

Si le placenta est dans le vagin, par une expression combinée à une légère traction, on délivre la femme.

Mais souvent, à ce moment, le placenta n'est pas encore décollé, il faut alors savoir attendre. On peut essayer de stimuler la contractilité utérine par des massages de la paroi abdominale; parfois, on doit recourir à l'injection de petite dose d'hypophyse : un demi-centimètre cube.

Si, malgré ces méthodes, le placenta est toujours adhérent deux heures après l'accouchement, on peut faire de l'expression sur l'utérus pour faciliter le décollement du placenta. Si l'expression reste sans résultat, on pratique une délivrance artificielle.

Envisageons le traitement de la rétention de cotylédons. Trois modes de thérapeutique différents sont à notre disposition :

Les traitements médicaux;

Les interventions intra-utérines;

Les interventions chirurgicales vraies.

Nous allons voir en quoi consiste chacune de ces méthodes et leurs applications.

Les traitements médicaux. — Il nous faut insister tout d'abord sur les *moyens de lutte contre l'infection*, moyens utilisés au cours du traitement des septicémies puerpérales. A savoir :

La sérothérapie antistreptococcique en particulier;

Le sérum de Vincent;

La vaccinothérapie;

L'immuno-transfusion;

Les arsenicaux, le novarsénobenzène injecté à petites doses (10 centigrammes) répétées, par voie intraveineuse;

L'abcès de fixation, pratiqué par certains auteurs.

POUR LUTTER CONTRE LES HÉMORRAGIES, on peut employer :

Soit des injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum physiologique, ou de sérum glycosé; des transfusions sanguines qui rendent parfois de grands services;

Soit le chlorure de calcium par voie buccale ou le sérum de cheval et le sérum citraté administrés par injection hypodermique.

POUR LUTTER CONTRE L'INERTIE UTÉRINE, le moyen le plus simple est la glace sur l'abdomen de la femme;

L'hypophyse.

Tels sont les principaux traitements médicaux qui sont à notre disposition.

Les interventions intra-utérines. — LE TOUCHER INTRA-UTÉRIN devra toujours être pratiqué avec une asepsie parfaite.

LE CURAGE DIGITAL doit être fait avec une très grande douceur, avec l'index seul ou accompagné du médius. Les doigts doivent inspecter méthodiquement toute la cavité utérine, en détachant par pression ou écrasement, sans gratter, tous les débris de cotylédons retenus. Il faut vérifier avec une attention toute particulière la région des cornes et de la plaie placentaire.

LE CURETTAGE ne doit jamais être pratiqué avec des curettes tranchantes, celles-ci formant de petites plaies au niveau de la muqueuse utérine qui peuvent être une porte d'entrée à l'inoculation des germes pathogènes venus du vagin. On sait, en effet, la fréquence d'un frisson, d'une température élevée à la suite des curettages, traduisant l'ensemencement momentané de l'organisme. En présence d'un cotylédon adhérent que l'on ne peut détacher, on doit faire un curettage avec des curettes mousses, beaucoup moins traumatisantes (curette de Cuzzi).

LE TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN peut être utilisé après les curettages; il ne faut le laisser en place que quelques heures.

Quant aux :

Interventions chirurgicales. — Ce sont les hystérectomies par voie vaginale ou abdominale.

Etudions maintenant les indications de ces différentes thérapeutiques.

Autrefois, le diagnostic de rétention placentaire, et même la simple présence d'une hémorragie des suites de couches, commandait le curage ou le curettage systématique. Ce traitement a donné lieu à des désastres, c'est pourquoi il est définitivement abandonné.

Actuellement, dans certains cas, tous les auteurs sont d'accord : Il existe un cotylédon en voie d'expulsion, il faut aller le cher-

cher: des phénomènes infectieux d'emblée extrêmement graves, on pratique une hystérectomie d'urgence qui seule peut sauver la femme.

En d'autres circonstances, la méthode est différente suivant les auteurs.

En effet, pour M. COUVELAIRE et ses élèves, MM. NOGUÈRES, DIGONNET, DESNOYERS, PORTES, de même que pour M. METZGER, le traitement de la rétention de cotylédons consiste en l'abstention de toute manœuvre intra-utérine et, suivant les cas, ils préconisent un traitement purement médical, souvent efficace et toujours inoffensif, ou dans des cas rares l'hystérectomie.

Pour soutenir cette théorie, ils se basent sur le fait qu'une diffusion de l'infection se voit parfois à la suite d'un curettage, d'un curage, ou même d'une simple exploration digitale de la cavité utérine.

D'ailleurs, pour ces auteurs, le curage serait encore plus dangereux que le curettage.

À la Maternité de La Pitié, M. JEANNIN et M. CHOMÉ conseillent d'évacuer l'utérus lorsqu'il existe des signes de rétention nette; ils estiment que les débris de cotylédons retenus dans l'utérus réalisent un parfait milieu de culture où les microbes vont pouvoir se développer et exalter leur virulence. Voici la technique adoptée dans le service :

Dès que le diagnostic de rétention de cotylédon est posé, il est de règle d'évacuer l'utérus. La revision utérine se fait, s'il est possible, par curage digital, sinon à l'aide d'une curette mousse. On pratique cette revision en contrôlant avec la main abdominale la position de la curette dans la cavité utérine, car on sait que lorsque l'on revise le fond utérin les perforations sont toujours à craindre dans ces utérus mous. Une fois la revision terminée, on introduit dans la cavité utérine un pansement au bouillon-vaccin de Besredka (filtrat d'une culture de streptocoques); pour cela, on introduit dans l'utérus une mèche pas trop serrée imbibée de ce vaccin. Nous laissons en place cette mèche six heures environ.

Dans le service, nous ne donnons jamais d'injection intra-utérine, estimant que ce lavage mécanique peut être dangereux. Le liquide peut, des trompes, passer dans le péritoine d'une part, et, d'autre part, faciliter la macération des tissus, ainsi réduire leur vitalité et leur résistance à l'infection.

Toutes ces raisons font que l'on n'emploie plus d'injection intra-utérine, dans le service, à la suite des curettages.

A ce traitement local, on adjoint un traitement général et de la glace sur l'abdomen de la femme.

Voyons maintenant le traitement de certaines formes particulières :

1° HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE. — Délivrance artificielle d'urgence;

2° RÉTENTION TOTALE DU PLACENTA. — S'il est possible, on fera une délivrance artificielle; sinon, dans des cas exceptionnels, on fera une hystérectomie;

3° ENDOMÉTRITE FONGUEUSE. — Le curettage amène, en général, la guérison de la malade;

4° ENDOMÉTRITE PUTRIDE DU POST-PARTUM. — Dans les cas les moins graves, on se contente d'adjoindre au traitement habituel des rétentions placentaires une sérothérapie antigangréneuse polyvalente (sérum antiperfringens, anti-œdématisiens, antivibrion-septique, antihystolitique).

Dans les autres cas, on est amené à pratiquer une hystérectomie d'emblée qui, seule, est capable de sauver la malade;

5° POLYPES PLACENTAIRES. — Il faut débarrasser la cavité utérine des polypes, le plus rapidement possible. Pour cela, on pratique un curettage de la cavité utérine;

6° DÉCIDUOME MALIN. — Il s'agit d'un cancer, il faut hystérectomiser la malade au plus vite.

Enfin, disons que lorsque la rétention de cotylédons s'accompagne de phénomènes infectieux d'emblée très graves, de même que dans les cas exceptionnels où les cotylédons adhèrent si

fortement à l'utérus que la curette ne peut les enlever; enfin, dans les cas où la rétention se complique d'une hémorragie à début brutal, d'une intensité telle que toute manœuvre intra-utérine paraît dangereuse pour la malade, M. JEANNIN, d'accord en cela avec tous les auteurs, pratique une hystérectomie.

OBSERVATIONS

Pour illustrer l'intérêt des méthodes thérapeutiques que nous venons d'exposer, nous allons citer quelques observations recueillies dans le service de notre Maître, M. JEANNIN. Nous avons choisi celles qui nous semblent particulièrement démonstratives.

OBSERVATION I.

Mme G..., Germaine, Ipares de 31 ans, est admise à la salle de travail, le 17 mars 1932, à 3 heures, pour contractions utérines douloureuses. Ses dernières règles datent du 15 juillet 1931. Ses urines sont normales.

La grossesse actuelle a eu une évolution normale, mais pendant toute son évolution, la femme a suivi un traitement antisyphilitique.

Examen d'entrée, le 17 mars :

9 heures. *Au palper* : tête en bas fixée, dos à droite, auscultation positive.

Au toucher : le col est en voie d'effacement, la dilatation est de cinquante centimètres.

11 heures. Rupture spontanée de la poche des eaux suivie d'une grosse hémorragie. La dilatation est toujours à 0,50. Les contractions utérines deviennent subintrantes. On fait deux piqûres de spasmalgine. La femme perd à chaque contraction. Auscultation positive.

12 heures. La dilatation est de un franc. On pense à un décollement placentaire.

12 h. 15. Nouvelle piqûre de spasmalgine. La femme perd du sang.

13 h. 05. Dilatation cinq francs. Les bruits du cœur ont cessé sans aucune modification préalable.

14 heures. Spasmalgine.

15 heures. Dilatation complète. La femme fait des efforts expulsifs.

15 h. 20. Accouchement naturel près du terme.

Sommet en OIDP.

Dégagement en OP.

Fille morte-née pesant 2.630 grammes.

16 h. 10. Délivrance pesant 390 grammes. Délivrance incomplète.

Durée de la période de travail : 15 h. 20.

Durée de la période d'expulsion : 10 minutes.

Revision utérine ramenant des débris de cotylédons.

Température de la femme : 37°4.

Le lendemain, la femme fait un frisson, mais pas de température jusqu'à sa sortie.

OBSERVATION II.

Mme F..., Vpare, âgée de 32 ans, est admise à Siredey pour rétention placentaire.

Antécédents obstétricaux : quatre grossesses normales avec délivrances et suites de couches normales.

Cinquième grossesse actuelle. Accouchement naturel à terme, fait en ville le 20 août 1932. Une heure après l'accouchement, le placenta n'étant pas décollé, la sage-femme fait une délivrance artificielle et retire un placenta déchiqueté.

23 août. Frisson. Température à 38°.

24 août. Frisson. Température à 39°2.

25 août. La malade est admise à Siredey.

26 août. On fait un curetage sous anesthésie au chlorure d'éthyle. Celui-ci ramène des débris placentaires.

Température : 38°4. Glace sur l'abdomen.

28 août. Température : 37°2. Bon état général.

29 août. La femme rentre chez elle.

OBSERVATION III.

Mme J..., Marie, Ipape de 28 ans, est admise au dortoir, le 3 mai 1933, à 3 h. 30, pour contractions utérines douloureuses. Ses dernières règles datent du 26 juillet. Ses urines sont normales. Antécédents sans intérêt.

Examen d'entrée : tête en bas, dos à gauche, auscultation positive.

Au toucher : col perméable.

Le 4 mai, à 15 h. 30. Passage de la femme à la salle de travail. Examen : Dilatation cinq francs, poche des eaux rompue.

21 h. 15. Accouchement naturel à terme.

Sommet en OIGA.

Dégagement en OP.

Garçon vivant pesant 2.780 grammes.

Délivrance faite 40 minutes après l'accouchement, pesant 460 gr.

L'examen du placenta amène à faire une revision utérine ramenant des débris de cotylédons. Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION IV.

Mme B..., Alexandrine, Villgeste, Villpare, âgée de 36 ans, est admise à la salle de travail, le 22 mars, à 3 heures, pour contractions utérines douloureuses. Dernières règles le 13 juin. Urines normales.

Antécédents héréditaires et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse (1921). Accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 3.500 grammes. Délivrance et suites de couches normales. Enfant actuellement bien portant.

Deuxième grossesse (1922). Accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 2.500 grammes. Délivrance et suites de couches normales. Enfant décédé (rougeole).

Troisième grossesse (1924). Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.000 grammes. Délivrance et suites de couches normales. Enfant actuellement bien portante.

Quatrième grossesse (1927). Grossesse extra-utérine opérée au terme de deux mois.

Cinquième grossesse (1928). Accouchement prématuré, au terme de huit mois, d'un garçon mort-né.

Délivrance et suites de couches normales.

Sixième grossesse (1929). Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 2.550 grammes. Délivrance et suites de couches normales. Enfant actuellement bien portante.

Septième grossesse (1932). Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 2.500 grammes. Délivrance et suites de couches normales. Enfant décédée d'une bronchopneumonie.

Huitième grossesse actuelle. Evolution normale.

Examen à l'entrée, 3 heures :

Au palper : dos à gauche, tête en bas, auscultation positive.

Accouchement spontané à terme.

Sommet en OIGA.

Dégagement en OP.

Fille vivante pesant 3.020 grammes.

Délivrance naturelle pesant 420 grammes.

La face utérine ne paraissant pas complète, on fait une revision utérine immédiate, ramenant des débris cotylédonnaires.

Durée du travail : quatre heures.

Délivrance faite vingt minutes après l'accouchement. Suites de couches normales.

OBSERVATION V.

Mme B..., Andrée, IVpare, âgée de 23 ans, est admise à la salle de travail, le 29 juillet 1933, à 19 heures, pour contractions utérines douloureuses.

Dernières règles le 28 octobre. Urines normales.

Antécédents héréditaires : parents décédés, huit collatéraux bien portants.

Antécédents pathologiques : métrite, salpingite.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse (1929). Accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 3.000 grammes. Délivrance et suites de couches normales. Enfant décédé à trois mois à la suite de convulsions.

Deuxième grossesse (1930). Accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 4.500 grammes, actuellement bien portant. Délivrance et suites de couches normales.

Troisième grossesse (1931). Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 4.250 grammes, actuellement bien portante. Délivrance et suites de couches normales.

Quatrième grossesse actuelle. Evolution normale.

Examen d'entrée, le 29 juillet 1933, à 19 heures :

Au palper : tête engagée, dos à gauche, auscultation positive.

Au toucher : Poche des eaux rompue, dilatation grande paune.

20 h. 15. Accouchement naturel à terme.

Sommet en OIGA.

Dégagement en OP.

Garçon vivant pesant 3.390 grammes. Quarante minutes après, délivrance pesant 490 grammes, face utérine incomplète. Revision utérine ramenant deux cotylédons.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VI.

Mme G..., Stéphanie, Ipare de 20 ans, est admise à la salle de travail, le 26 août 1933. Dernières règles le 20 novembre. Ses urines sont normales.

Examen d'entrée, le 26 août, à 15 heures :

Au palper : tête engagée, dos à gauche, auscultation positive.

Au toucher : dilatation cinq francs, poche des eaux intacte.

15 h. 45. Dilatation complète, rupture artificielle de la poche des eaux. La femme fait des efforts expulsifs.

16 h. 15. Accouchement naturel à terme.

Sommet en OIGA.

Dégagement en OP.

Fille vivante pesant 3.320 grammes.

Délivrance pesant 600 grammes faite trente minutes après l'accouchement. La délivrance présente une face utérine douteuse.

On fait une revision utérine qui ramène des débris placentaires. L'utérus restant un peu mou, 1 cc. d'ergotine.

Suites de couches normales. La femme sort le dixième jour.

OBSERVATION VII.

Mme S..., Yvonne, Ipare de 35 ans. Dernières règles le 31 octobre. Urines normales.

Antécédents sans intérêt.

Est admise à la salle de travail, le 31 août 1933, à 22 h. 30.

L'examen à l'entrée montre :

Au palper : une tête en bas fixée, un dos à gauche, auscultation positive.

Au toucher : col effacé, dilatation deux francs, poche des eaux intacte. Température : 37°5.

Le 1^{er} septembre, 9 h. 20. Dilatation cinq francs.

13 h. 15. Dilatation grande paune. Rupture artificielle de la poche des eaux.

16 heures. Dilatation complète. La femme fait des efforts expulsifs.

17 h. 10. Accouchement naturel à terme.

Sommet en OI DP.

Dégagement en OP.

Fille vivante pesant 3.070 grammes.

Délivrance pesant 550 grammes, face utérine incomplète.

Revision utérine sous anesthésie au chloroforme, ramenant des débris de cotylédons.

2 cc. d'ergotine.

Suites de couches normales. La femme sort le onzième jour.

OBSERVATION VIII.

Mme R..., Marie, Ipare, âgée de 25 ans, était admise au pavillon Siredey, le 20 septembre 1924.

Antécédents héréditaires et pathologiques sans intérêt.

Le 9 septembre, cette femme avait été accouchée en ville. Accouchement artificiel : application de forceps par un médecin. Enfant vivant pesant près de 5.000 grammes. Entre l'accouchement et la délivrance, la femme fait une hémorragie. Les suites de couches

semblaient normales lorsque le 19 septembre, la femme fait chez elle une hémorragie. Hémorragie abondante, le médecin appelé fait un tamponnement vaginal, et le 20 septembre, admission de la malade à Siredey. On retire le tamponnement. Expulsion de caillots fétides.

Température : 38°4; pouls : 104.

21 septembre. Revision de la cavité utérine. On retire quelques débris placentaires et des caillots très adhérents. Injection de 40 cc. de sérum de Leclainche.

Température : 40°; pouls : 120.

3 octobre. Température définitivement tombée.

5 octobre. La malade présente des accidents sériques : céphalée, œdème. On lui prescrit du chlorure de calcium, adrénaline, aspirine.

Ces accidents sériques durent trois jours et le 9 octobre, la femme sort en très bon état.

OBSERVATION IX.

Mme B..., Renée, Vpare, âgée de 36 ans, est admise à la salle de travail, le 29 juin 1932, pour des contractions utérines douloureuses.

Antécédents héréditaires et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse (1919). Accouchement au terme de sept mois et demi. Fille pesant 1.500 grammes. Curettage.

Deuxième grossesse (1926). Accouchement naturel à terme. Fille vivante pesant 3.500 grammes. Suites de couches et délivrance normales.

Troisième grossesse (1928). Accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 3.500 grammes. Suites de couches et délivrance normales.

Quatrième grossesse actuelle. Evolution normale. Les dernières règles datent du 18 septembre 1931. Les urines sont normales.

29 juin. Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.610 grammes.

Délivrance naturelle et complète pesant 670 grammes, trente minutes après l'accouchement.

5 juillet. Sixième jour des suites de couches, à 0 h. 30, la femme fait une hémorragie abondante. On fait une revision utérine ramenant des débris placentaires pesant 80 grammes, suivie d'un pansement utérin que l'on enlève à 7 heures.

Huile camphrée, sérum glycosé, glace.

10 h. 30. Passage de la femme à Siredey.

Température : 38°4.

6, 7, 8 juillet. La femme ne fait pas de température, mais les lochies sont sanglantes.

11 juillet. Elle quitte le service en bon état.

OBSERVATION X.

Mme D..., Simone, Vgeste, IVpare, âgée de 28 ans, est admise à la salle de travail, le 24 avril 1932. Ses dernières règles datent du 7 juin. Ses urines sont normales.

Antécédents héréditaires et physiologiques sans intérêt.

Antécédents pathologiques : rougeole, coqueluche, varicelle, scarlatine. Salpingite à 22 ans. Syphilis traitée.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse (1926). Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 2.250 grammes, actuellement bien portante.

Deuxième grossesse (1928). Accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 3.500 grammes. Délivrance et suites de couches normales.

Troisième grossesse (1930). Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.000 grammes. *Hémorragie* de la délivrance. Suites de couches normales.

Quatrième grossesse (1931). Avortement au terme de cinq mois. *Hémorragie*. Curetage.

Cinquième grossesse actuelle. Evolution normale.

24 avril 1932. Accouchement naturel à terme.

Sommet en OIGA.

Dégagement en OP.

Fille vivante pesant 3.510 grammes.

Hémorragie légère entre l'accouchement et la délivrance. Délivrance trente minutes après l'accouchement.

L'hémorragie continue, on injecte à la malade 10 cc. d'huile camphrée.

La malade fait des syncopes et un état de shock qui nécessitent l'administration de : 100 cc. de sérum intraveineux, 500 cc. de sérum sous-cutané, transfusion sanguine de 500 cc., 0 cc. 5 d'hypophyse. Sous l'influence de la thérapeutique, l'hémorragie cesse ainsi que les syncopes.

6 mai. Nouvelle hémorragie. On fait une revision utérine qui ramène des débris de cotylédons.

La femme fait 40° de température. On la passe à Siredey.

7 mai. Température : 37°8.

9 mai. Température : 37°6.

La température reste normale jusqu'au 21 mai, date à laquelle la femme sort guérie.

OBSERVATION XI.

Mme O..., Germaine, IIIpare, âgée de 27 ans, est admise à Siredey, le 28 septembre 1925.

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première et deuxième grossesses. Normales.

Troisième grossesse. Normale. Accouchement et délivrance normaux. Pas de pertes sanglantes, pas de température, lorsque brusquement, dans la matinée du dixième jour des suites de couches, la femme présente des pertes de sang rouge qui se répètent de plus en plus abondantes au cours de la journée, et le soir. 28 septembre 1925, la femme est admise à Siredey. Son état général est mauvais; elle a l'aspect d'une grande hémorragique et d'une infectée; sa face est pâle, ses lèvres violacées, ses yeux excavés. Les muqueuses sont décolorées, le pouls filant. Immédiatement, on lui injecte 10 cc. d'huile camphrée, 500 cc. de sérum physiologique et 1 cc. de spartéine. Dans la soirée, l'état général est légèrement meilleur. La malade perdant toujours, on fait un curettage qui ramène des débris placentaires. A la suite de ce curettage, un tamponnement intra-utérin au sérum de Leclainche qu'on laisse en place pendant huit heures. L'état général ne s'est plus aggravé, on fait à la femme 500 cc. de sérum physiologique sous-cutané, 10 cc. de sérum de convalescent.

29 septembre. Etat général nettement amélioré.

Température : 39°; pouls : 120.

Injection de 20 cc. de sérum de convalescent.

15 octobre. La femme sort guérie.

OBSERVATION XII.

Mme L..., IIpare, 24 ans, est admise à Siredey, le 7 février 1928.

Première grossesse (1926). Avortement au terme de trois mois et demi. Curettage. Phlébite de la jambe gauche.

Deuxième grossesse actuelle. Accouchement en ville le 31 janvier au terme de sept mois et demi, enfant mort-né. Le 7 février, la femme est admise à Siredey pour des douleurs abdominales et de la fièvre.

Examen d'entrée : bon état général.

Température : 38°3; pouls : 96.

Bon faciès, langue humide, pas de signes péritonéaux.

Au palper : utérus gros, peu douloureux.

Au toucher : col ouvert, présence d'un cotylédon dans l'utérus. Les lochies sont très fétides.

On décide de faire un curetage. Celui-ci, pratiqué sous anesthésie au chlorure d'éthyle, ramène un cotylédon grisâtre en voie de putréfaction. On pose une mèche imbibée de bouillon-vaccin, que l'on retire le soir. Le lendemain, la femme fait un court frisson, l'état général est toujours bon.

10 février. Quarante-huit heures après le curetage, la température descend. Elle reste normale jusqu'au 17 février, date à laquelle la femme sort guérie.

OBSERVATION XIII.

Mme B..., Hélène, Ipare, âgée de 21 ans, est admise à la salle de travail, le 18 juillet 1932, pour des contractions utérines douloureuses.

Première grossesse actuelle. Les dernières règles datent du 16 octobre 1932. Les urines sont normales.

En mai, bartholinite gauche avec rupture spontanée de l'abcès et guérison.

18 juillet 1932. Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.440 grammes. Délivrance naturelle complète pesant 580 grammes, trente minutes après l'accouchement.

19 juillet. Hémorragie. On fait une revision utérine qui ramène quelques débris placentaires; glace sur l'abdomen de la femme.

23 juillet. La température remonte, la femme fait un frisson : 39°8. On passe la malade à Siredey.

24 juillet. Glace; pas de selle, mais abdomen souple.

Température : 39°2 le matin; 40°2 le soir.

25 juillet. Bon état général, lochies séro-sanguinolentes peu abondantes, utérus au-dessous de la symphyse. Glace.

31 juillet. Bon état général, pas de lochies; on ne sent plus l'utérus. Température normale. Glace.

1^{er} août. La femme part en convalescence.

OBSERVATION XIV.

Mme C..., Charlotte, Ipare, âgée de 17 ans, est admise à la salle de travail, le 28 juin 1924, pour des contractions utérines douloureuses.

Dernières règles le 28 septembre 1923. Urines normales.

29 juin. Accouchement naturel à terme, fille vivante pesant 3.030 grammes; trente minutes après, délivrance naturelle et complète pesant 580 grammes.

5 juillet. La femme fait un frisson, une température à 40°. A l'examen du sein droit, on trouve de la lymphangite.

7 juillet. Le toucher intra-utérin permet de ramener des débris de cotylédon; glace sur l'abdomen de la femme, 40 cc. de sérum antistreptococcique.

8 juillet. 40 cc. de sérum antistreptococcique.

16 juillet. L'utérus est encore un peu gros, la température est normale. La femme sort guérie le 11 août.

OBSERVATION XV.

Mme R..., Palmyre, Ilpare, âgée de 25 ans, est admise à la salle de travail, le 12 avril 1925, pour des contractions utérines douloureuses.

Première grossesse (1923). Accouchement gémellaire à terme. Deux enfants pesant 3.500 grammes, dont un extrait par forceps, non ranimé.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles le 25 juin. Urines normales.

12 avril. Accouchement naturel à terme, fille vivante pesant 4.300 grammes. Délivrance naturelle pesant 840 grammes, face utérine douloureuse. La femme fait une hémorragie, un shock. On fait un tamponnement utérin. Injection de 1.000 grammes de sérum sous-cutané, 1 cc. d'adrénaline, 20 cc. d'huile camphrée, 1 cc. de caféine, 2 cc. d'ergotine, 1 cc. d'hypophyse.

16 avril. La femme présente une température à 38°5, on la passe à Siredey. On lui injecte du sérum antistreptococcique.

17 avril. *Au toucher* : utérus béant, gros orifice interne, donc rétention de cotylédon.

Le curage digital ramène un cotylédon en voie de putréfaction. Tamponnement au sérum antistreptococcique.

2 mai. La malade sort en très bon état.

L'examen histologique du cotylédon montre une infiltration purulente des veines. Dans de nombreuses veines, on trouve des amas microbiens.

L'examen bactériologique des lochies recueillies au moment du curettage montre la présence de streptocoques.

OBSERVATION XVI.

Mme T..., Mathilde, Ilpare, âgée de 22 ans, est admise, le 26 mai 1932, à la salle de travail, pour des contractions utérines douloureuses.

Première grossesse (1922). Accouchement naturel à terme d'un

garçon vivant pesant 4.000 grammes. Délivrance et suites de couches normales. Enfant actuellement bien portant.

Deuxième grossesse actuelle. Légères pertes de sang au début et vers le septième mois.

Dernières règles le 1^{er} septembre 1931. Urines normales.

26 mai, 19 heures. Accouchement naturel d'un garçon vivant pesant 3.160 grammes. Délivrance naturelle et complète pesant 660 grammes, trente minutes après l'accouchement. Hémorragie de la délivrance abondante. Utérus mou. On pratique des massages.

27 mai, 1 heure. L'hémorragie reprend. Anthéma. Température : 40°. Passage de la malade à Siredey.

Revision utérine qui ramène des débris de cotylédons. Glace sur l'abdomen de la femme.

Novar intraveineux : 0 gr. 15.

28 mai. Novar : 0 gr. 15; température du matin : 39°; du soir : 39°4. Les lochies sont abondantes.

29 mai. Novar : 0 gr. 15; température du matin : 39°2; du soir : 39°2. Les lochies sont moins abondantes.

30 mai. Température : 37°6-39°6. Les lochies sont sanglantes et putrides.

1^{er} juin. Température : 37°8-39°6.

2 juin. Température : 38°-38°2.

3 juin. Pansement vaginal au bouillon-vaccin antistreptococcique. Même état.

10 juin. Douleurs lombaires, mictions douloureuses.

11 juin. 1 cc. d'hypophyse.

12 juin. 1 cc. d'hypophyse.

14 juin. Pertes de plus en plus abondantes, rouges, fétides.

Douleurs sur le trajet des uretères.

Glacé, vomissements.

Vomissements répétés.

15 juin. *Au toucher* : col fermé, utérus douloureux.

Diète hydrique, suppositoire à l'opium, glace.

16 juin. Même état.

Au toucher : infiltration du ligament large.

17, 18, 19, 20 et 21 juin. Frissons, vomissements : deux injections de propidon.

24, 25, 26 et 27 juin. Bon état général, mais quelques vomissements.

28 juin. Teinture de belladone avant les repas.

30 juin. La femme sort guérie.

OBSERVATION XVII.

Mlle Y..., Paulette, Ipare, est admise à Siredey, le 30 janvier 1928, pour pertes rouges abondantes.

Première grossesse actuelle. Accouchement fait en ville le 23 janvier. Fille vivante pesant 2.350 grammes. Délivrance naturelle pesant 440 grammes.

Aussitôt après l'accouchement, la femme perd abondamment. Puis les lochies sont normales jusqu'au septième jour des suites de couches.

A ce moment, la femme fait un effort dans son lit, une hémorragie apparaît qui se poursuit toute la journée.

La température est de 38°3. La femme est admise à La Pitié.

Examen d'entrée :

Au palper : l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Au toucher : sa consistance est normale, il n'est pas douloureux.

La femme est pâle, son pouls petit et rapide.

31 janvier. *Au toucher :* col largement béant, le doigt ramène quelques débris placentaires. Pas de température, et la femme part guérie le 13 mars.

OBSERVATION XVIII.

Mme T..., Marie, âgée de 30 ans, est admise à Siredey, le 19 septembre 1933, pour métrorragies.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Son père est vivant et bien portant; sa mère est morte. Elle a quatre collatéraux bien portants.

Antécédents physiologiques : réglée à l'âge de 13 ans; règles peu abondantes.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse (1922). Accouchement normal à terme, garçon vivant pesant 2.350 grammes, actuellement bien portant.

Deuxième grossesse (1924). Accouchement naturel à terme, fille vivante, meurt de bronchopneumonie à 18 mois.

Avortement molaire (1926) à l'Hôtel-Dieu.

Troisième grossesse (1927). Accouchement naturel à terme d'une fille vivante, actuellement bien portante.

Quatrième grossesse (1930). Avortement fébrile à quatre mois et demi, qui nécessite un curettage.

Depuis cette époque, la malade est bien réglée; ses règles sont régulières, survenant tous les vingt-huit jours, non douloureuses, abondantes; elles ne durent qu'un jour.

Le 20 septembre, elle se présente à la consultation de gynécologie, envoyée par un confrère de ville, pour métrorragies. C'est le premier accident hémorragique que la malade dit présenter. Elle perd abondamment depuis le 18 septembre, pertes sanguines avec des caillots volumineux.

A l'examen : on trouve une malade en bon état de santé, un peu pâle.

Au toucher : un gros utérus du volume d'un poing, mobile, non douloureux; le col est normal, le vagin est normal, il n'y a aucun signe de grossesse.

Les antécédents, la môle, l'hémorragie actuelle abondante avec caillots font discuter le diagnostic de chorioépithéliome.

On envoie les urines de la malade à M. SIMONNET pour faire la réaction de Zondek Aschheim.

Le 22 septembre la malade est opérée.

Le Docteur CHOMÉ lui fait une hystérectomie subtotale suivant les procédés habituels sous anesthésie à l'éther. Les suites opératoires sont simples.

L'examen de la pièce montre un utérus du volume d'un gros poing. A l'ouverture, on trouve une tumeur bourgeonnante, irrégulière, formant trois lobes. Un lobe médian gros comme une mandarine, deux lobes latéraux dont la taille est à peu de chose près celle d'une noix. La tumeur est rosée, saignante, mamelonnée et finement granuleuse.

Les tumeurs latérales font corps avec l'utérus sans limites nettes. La tumeur principale est séparée de l'utérus par un sillon profond de un centimètre environ. Elle semble peu adhérente au muscle dans sa partie centrale. Toute la tumeur est entourée d'un caillot rouge non organisé. Le reste de la muqueuse utérine semble normal.

L'examen histologique de la tumeur a montré :

1° Que sa partie superficielle est formée de fibrine, de globules rouges et de débris de villosités;

2° Que sa partie moyenne est formée de villosités séparées par de la fibrine et des globules rouges.

Les villosités sont atrophiées, scléreuses, sans vaisseaux; leur revêtement épithélial n'est retrouvé que par rares plages, il n'y a aucune prolifération du syncytium ni des cellules de Langhans qui sont très rares.

Dans la partie profonde de cette zone, une couche de cellules décimales;

3° Dans la partie profonde, la tumeur est nettement limitée; elle ne présente aucune pénétration dans le muscle utérin, par endroit on retrouve la muqueuse utérine qui présente, à côté de culs-de-sac glandulaires normaux, de grandes cavités kystiques revêtues d'un épithélium glandulaire cubique.

A la périphérie, les limites de la tumeur sont nettes, la muqueuse utérine présente un aspect normal.

Le muscle utérin est dans toute son épaisseur normal.

CONCLUSIONS

Les rétentions placentaires constituent toujours une complication grave de l'accouchement. Elles peuvent être la cause d'hémorragies précoces pendant la délivrance, ou tardives pendant les suites de couches. Mais la complication la plus grave, c'est l'infection; la rétention placentaire semble être la cause la plus fréquente des complications infectieuses des suites de couches.

Les causes des rétentions placentaires peuvent être groupées de la façon suivante :

1° *Les anomalies de la contraction utérine.* — Ces anomalies peuvent être primitives ou secondaires à notre intervention thérapeutique. Nous signalons, en particulier, le danger des eucytiques et surtout de l'hypophyse, de même que celui des massages et de toutes les manœuvres utilisées pour décoller de force le placenta;

2° *Les adhérences anormales du placenta.* — Celles-ci peuvent être la conséquence, soit d'une lésion de la muqueuse utérine, soit d'une lésion du placenta;

3° *La friabilité du placenta* telle qu'on l'observe dans les cas d'œdème des villosités.

La rétention placentaire se manifeste, en clinique surtout, par ses complications. Ces complications sont de trois ordres :

1° *Complications hémorragiques.* — Hémorragies précoces de la délivrance, ou hémorragies tardives des suites de couches;

2° *Complication infectieuse.* — C'est la complication la plus redoutable. Habituellement, l'infection qui a pour cause une rétention de cotylédon ou de débris de cotylédon affecte la forme d'une infection veineuse;

3° *Complications tardives.* — Ce sont la transformation des débris placentaires en une tumeur bénigne ou maligne (polype placentaire, déciduome malin).

Diagnostic. — Le diagnostic se fait d'abord par :

1° *L'examen du placenta.* — C'est la méthode classique, nous avons montré combien elle est infidèle;

2° *Par le toucher intra-utérin.* — Ce toucher est indiqué chaque fois qu'il survient pendant les suites de la délivrance ou pendant les suites de couches une hémorragie importante, ou encore si on observe dans les suites de couches des complications infectieuses se présentant sous la forme de l'infection que nous avons décrite.

Pronostic. — Il dépend essentiellement de la précocité du diagnostic. Si la rétention est reconnue aussitôt après la délivrance, la revision utérine immédiate amène une guérison sans complication. Plus le diagnostic est fait tardivement, plus le pronostic est réservé. Il dépend :

1° *De l'abondance de l'hémorragie.* — Disons que si elle survient en dehors de toute complication infectieuse, elle peut être maîtrisée dans la grande majorité des cas; il n'en est plus de même si cette hémorragie s'accompagne de phénomènes infectieux. L'hémorragie peut alors affecter une forme foudroyante et incoercible, mais c'est exceptionnel;

2° *De l'intensité de l'infection,* qui peut prendre tous les aspects cliniques des nombreuses infections puerpérales. Son pronostic dépend donc essentiellement de l'allure clinique qu'elle affecte. Signalons ici la fréquence de la phlébite, de la thrombo-phlébite, et de la thrombo-phlébite infectieuse au cours des rétentions placentaires.

Le polype placentaire n'entraîne pas de pronostic grave.

Le déciduome malin, au contraire, est une complication redoutable, mais heureusement exceptionnelle.

Traitement. — En principe, l'utérus doit être évacué dès que le diagnostic de rétention placentaire est posé.

La revision utérine est suivie de l'introduction dans l'utérus d'une mèche imbibée de vaccin antistreptococcique, que l'on retire au bout de six heures environ.

L'hystérectomie est réservée aux cas exceptionnels suivants :

1° La rétention s'accompagne de phénomènes infectieux d'emblée graves;

2° Les cotylédons inclus dans l'utérus sont si adhérents que la curette ne peut les détacher en totalité;

3° Il existe une hémorragie d'une brutalité telle que toute manœuvre intra-utérine semble présenter un danger pour la malade.

Vu :

Le Président de Thèse,
C. JEANNIN.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I ^{er} . — Anatomie pathologique	16
Anatomie pathologique macroscopique	16
Anatomie pathologique microscopique	18
CHAPITRE II. — Mécanisme	20
CHAPITRE III. — Etude clinique	25
CHAPITRE IV. — Formes cliniques	28
CHAPITRE V. — Diagnostic	30
Pronostic	32
CHAPITRE VI — Traitement	33
OBSERVATIONS	39
CONCLUSIONS	53

